

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

FIBRO-SARCOME DE LA CLOISON DES FOSSES NASALES. — OPÉRATION. — GUÉRISON. — EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Par R. CALMETTES et H. CHATELLIER.

M<sup>me</sup> X.... 30 ans. La malade se rappelle que dans son enfance elle avait des épistaxis assez fréquentes, sans toutefois que la quantité du sang perdu ait altéré sa santé. Dès cette époque, la respiration nasale était gênée; puis les épistaxis disparurent.

Vers la 24<sup>e</sup> année, les saignements de nez se montrèrent de nouveau, en même temps que la respiration devenait plus gênée. A cette époque la malade remarqua une *petite excroissance de chair* du côté gauche; de ce côté les épistaxis se renouvelaient fréquemment. La nuit, le sommeil était souvent pénible et même interrompu, à cause de l'insuffisance de la respiration nasale. — Ce phénomène était alors si accusé qu'il avait attiré l'attention de la malade.

Mars 1886. — A l'examen de la narine gauche on voit, au moyen du spéculum et d'un éclairage convenable, une petite tumeur, du volume d'un fort noyau de cerise. Elle occupe la partie antérieure de la fosse nasale, au niveau du méat moyen; elle est mobile sous le stylet et semble s'implanter sur la cloison cartilagineuse en haut et en avant.

*Opération.* — La base de la tumeur est entourée avec l'anse galvanique, la section se fait régulièrement. Il ne se produit aucune hémorrhagie ni immédiate ni secondaire.

Depuis il ne s'est produit aucune épistaxis. La tumeur a une forme arrondie; son diamètre est d'environ un centimètre et demi. Une partie de la surface est ulcérée.

Février 1887. — Aucune trace de récidive, santé excellente.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR.

Pour l'examen, la tumeur a été durcie (alcool au tiers, gomme et alcool à 90°), puis les coupes dégommées, colorées au picro-

carmin et montées dans la glycérine à un faible grossissement (ocul. 2. — obj. 4 Hartnack), on distingue nettement le revêtement du tissu même de la tumeur.

A. Le revêtement est constitué de deux tissus différents, suivant les points que l'on examine.

a). — Dans la plus grande étendue il est formé par une masse d'éléments arrondis, extrêmement petits, tassés les uns contre les autres et formant une couche de un tiers de millimètre d'épaisseur environ, très dense, la matière intercellulaire étant pour ainsi dire nulle. Cette couche est évidemment formée d'éléments embryonnaires et correspond à la partie ulcérée du néoplasme.

b). — Dans certaines parties de la surface, moins étendues que celles dont il vient d'être question, existe un revêtement épithélial qui se divise lui-même en deux couches nettement distinctes. — Les cellules qui sont à la surface sont de magnifiques cellules pavimenteuses de forte dimension et renferment un noyau qui a fortement fixé le carmin. Dans la profondeur, les cellules sont beaucoup plus petites, leur protoplasma cellulaire est bien moins abondant; leur forme véritable n'apparaît qu'à un plus fort grossissement. En tous cas, dans les points où il est intact, ce revêtement épithélial s'arrête brusquement à la surface du tissu de la tumeur, de telle sorte que la limite entre les deux tissus apparaît de la manière la plus précise.

B. La masse de la tumeur, est ainsi formée de deux tissus très distincts qui se pénètrent l'un l'autre sous la forme de travées entremêlées, sans que jamais le tissu des uns se mélange à celui des autres; au contraire, ils sont très nettement séparés.

a). — Les travées les plus abondantes par leur nombre et leur volume sont formées d'éléments anatomiques très serrés les uns contre les autres; leur forme ne sera reconnaissable (cellules fusiformes du sarcome) qu'à un fort grossissement.

b). — D'autres travées beaucoup plus claires sont formées par une matière amorphe abondante, au milieu de laquelle sont disséminés des éléments étoilés. On voit encore de nombreux capillaires très dilatés. A un fort grossissement (ocul. 2. — obj. 8 Hartnack), on reconnaît la nature et les détails de structure des éléments anatomiques dont nous venons d'indiquer le groupement.

#### A. Revêtement.

a). — Les éléments correspondants à la surface ulcérée sont

des cellules embryonnaires à contour peu accusé, qui n'offrent rien de spécial.

b). — Les cellules épithéliales pavimenteuses ont un contour visiblement crénelé. La couche sous-jacente qui confine à la tumeur est formée de cellules plus jeunes qui, naturellement, n'ont pas l'aspect pavimenteux, mais encore se distinguent des cellules du corps de Malpighi par leurs dimensions verticales notablement plus considérables et en tout comparables à celles des cellules profondes du revêtement cylindrique normal de la muqueuse pituitaire.

Il est fort probable que cet épithélium naît et se développe pendant un certain temps comme l'épithélium cylindrique normal de la pituitaire, mais que, vu les conditions spéciales d'exposition aux frottements et à l'air, il dévie de son type pour s'épidermiser jusqu'à un certain point.

Il est en effet des endroits où les cellules pavimenteuses s'aplatissent, diminuent de volume et prennent une apparence voisine de celle des cellules de la couche cornée de l'épiderme.

#### B. Tissu de la tumeur.

a). — Les travées principales, tant par leur volume que par la nature des éléments qui les composent et qui impriment au néoplasme son caractère pathognomonique, sont formées par des corpuscules fusiformes, caractéristiques des sarcomes dits fuso-cellulaires, tassés les uns contre les autres, sans orientation précise, de telle sorte que dans les coupes ils apparaissent tantôt de profil, tantôt obliquement ou perpendiculairement à leur grand axe. Dans ces travées on trouve à peine quelques éléments jeunes, ou en voie de segmentation.

Ce fait est important au point de vue du pronostic qui est, comme on le sait, plus bénin dans les sarcomes fuso-cellulaires que dans les globo-cellulaires.

b). — Entre ces travées de sarcome on en observe d'autres beaucoup moins denses, formées d'une matière amorphe abondante, au milieu de laquelle apparaissent des éléments clairsemés, de forme étoilée et munis de prolongements ramifiés qui s'anastomosent avec des prolongements semblables issus des cellules voisines; en certains points le réseau ainsi formé est aussi net que celui que l'on observe dans de bonnes préparations du cordon ombilical. Ces travées se continuent vers la base du nœplame où elles sont brusquement interrompues par

la surface de section. De plus, dans les endroits où la coupe est mince, on remarque entre les éléments fusiformes des travées sarcomateuses des filaments délicats et grenus de mucine coagulée. Cette double disposition des cellules étoilées et des filaments de mucine coagulée a déjà été signalée par l'un de nous dans les hypertrophies non rétractiles ou incomplètement rétractiles de la muqueuse nasale, où elle est constante.

Les vaisseaux du néoplasme sont presque exclusivement constitués par des capillaires très largement dilatés.

*Réflexions.* — Ce cas est classique, puisqu'il concorde absolument avec ceux qui ont été déjà publiés. En effet, les tumeurs du nez naissent le plus souvent de la cloison cartilagineuse; elles sont plus fréquentes chez la femme et elles s'annoncent toujours par des épistaxis. Mais, bien que Mackenzie fasse des réserves sur la gravité du pronostic tel qu'on le fait d'ordinaire dans les cas de carcinome et même de sarcome du nez, comme cette gravité est encore généralement admise, nous avons cru devoir citer un exemple de tumeur « maligne » à marche aussi bénigne (sauf les épistaxis) qu'un polype muqueux.

## II

### LARYNGITE SYPHILITIQUE TERTIAIRE. — TRACHÉOTOMIE. — SÉJOUR DE LA CANULE PENDANT SEPT MOIS. — GUÉRISON.

Par le Dr **GOUGUENHEIM.**

(Clinique laryngologique de l'hôpital Bichat.)

La nommée Catherine, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital en juin 1885, faisant entendre un bruit inspiratoire très fort et présentant des accès de suffocation tels qu'on dut pratiquer la trachéotomie. On n'eut pas le temps de faire l'examen laryngoscopique. Il fut très difficile d'extraire des renseignements de cette femme, originaire de la Lorraine allemande et très difficile à comprendre. Tout ce que nous pûmes savoir, c'est qu'elle est enrhumée depuis peu de temps, deux à trois semaines environ, et qu'elle a commencé à respirer difficilement depuis quelques jours. Son état général assez médiocre, de l'amaigrissement

survenu depuis quelque temps font supposer que l'on est en présence d'une tuberculose grave du larynx; mais l'auscultation pratiquée avec soin après la trachéotomie ne permet pas de constater l'existence d'une lésion pulmonaire. A l'examen extérieur du larynx, on ne trouve pas d'augmentation de volume bien sensible, la palpation est seulement un peu douloureuse.

L'examen du pharynx ne révèle rien d'anormal.

Au moment où la guérison de la plaie fut effectuée, on ne put pratiquer l'examen laryngoscopique en raison de l'épidémie de choléra qui fit évacuer la salle, et cette femme passa dans un autre service, où elle ne suivit aucun traitement, gardant toujours sa canule qui lui était indispensable. A la réouverture du service, fin septembre, Catherine rentre dans la salle; son état général était beaucoup moins satisfaisant, elle s'énaciat et se plaignait de douleurs à la gorge, qui l'empêchaient de s'alimenter.

A l'examen du pharynx on constata sur la paroi prévertébrale une ulcération à peu près circulaire sur un fond rouge un peu élevé. Cette ulcération, assez profonde, recouverte d'un pus grisâtre, éveilla l'idée d'une syphilide tertiaire. On procéda alors à l'examen du larynx que l'on trouva très altéré. L'épiglotte tuméfiée, mamelonnée, déformée, était couverte d'ulcérations et de mucosités très adhérentes, la région aryténoïdienne présentait un aspect semblable; il était impossible de voir au delà dans l'intérieur du larynx. La coïncidence de ces deux affections du pharynx et du larynx, l'absence de toute lésion pulmonaire au bout de quelques mois de maladie, malgré la médiocrité de l'état général, légitimaient le diagnostic de syphilis tertiaire du pharynx et du larynx.

On administra à cette femme le traitement iodurique, en même temps que les toniques. L'iodure fut donné à la dose de 2 grammes et poussé jusqu'à 6 grammes en l'espace de huit jours. Au milieu d'octobre l'amélioration fut déjà très marquée. L'examen de la malade fut pratiqué deux fois par semaine à la clinique laryngoscopique.

En trois semaines environ l'ulcération pharyngienne avait disparu, et l'épiglotte, ainsi que la région aryténoïdienne étaient entièrement dégagées. L'entrée du larynx avait recouvré la forme à peu près normale et la voix, qui du reste n'avait jamais complètement disparu ni avant ni après l'opération, a repris son caractère normal. Les cordes vocales ont leur aspect à peu près habituel et on peut même voir la canule dans le champ de la trachée.

L'état général est bien meilleur; le traitement iodurique est longtemps maintenu à 4 grammes; à partir de novembre, la dose tombe à 2 grammes et reste ainsi jusqu'au départ de la malade.

Dans le cours de novembre, on commence à fermer la canule pendant un temps plus ou moins long. Peu à peu la malade put dormir la nuit entière en fermant entièrement l'ouverture de la canule.

On se décida à enlever la canule en décembre. La malade resta en observation pendant cinq jours environ. Aucun accident ne se produisit. L'examen laryngoscopique permit de constater l'intégrité du larynx.

La malade vint pendant quelque temps à la clinique. Son état général était resté excellent, et l'examen du larynx permit de constater que la guérison s'était bien maintenue.

Cette observation m'a paru digne d'être rapportée :

1° En raison de la limitation de la lésion laryngienne, malgré l'absence de tout traitement interne pendant près de trois mois, d'où la conservation de la voix chez cette femme; on sait combien dans la syphilis tertiaire l'altération a de tendance à s'étendre, à envahir tout le larynx et à produire assez facilement de la sténose, si le traitement n'intervient pas vigoureusement et de bonne heure;

2° En raison de la facilité avec laquelle Catherine a supporté au bout de sept mois le retrait de la canule, particularité due probablement à ce que le larynx recouvra son calibre normal; cette dernière explication me paraît d'autant plus possible que j'ai observé un cas où la canule fut retirée au bout de trois ans environ; là aussi le larynx garda son calibre habituel.

### III

#### LARYNGITE DIPHTHÉRITIQUE CHEZ L'ADULTE. — ABSENCE DE PHARYNGITE ET DE PSEUDO- MEMBRANES PHARYNGÉES. — GUÉRISON.

Par M. TISSIER, interne des hôpitaux.

(Clinique laryngologique du Dr GOUGUENHEIM.)

B..., Marie, 49 ans, blanchisseuse, entre le 5 mars 1886.

Enrouement datant de trois semaines, léger mal de gorge, apho-

nie depuis huit jours, qui l'amène à la consultation, en même temps qu'un état fébrile assez sérieux et une dyspnée très notable.

Etat actuel. Face antérieure de l'épiglotte rouge, mais sans autre altération.

Face postérieure recouverte d'un enduit blanchâtre, diphthérique, qui tapisse la muqueuse du larynx aussi loin que l'examen peut s'étendre.

Légère intumescence douloureuse des ganglions correspondants.

L'examen du nez et de l'arrière-gorge reste complètement négatif. — Chlorate de potasse.

4 mars. Expectoration de fausses membranes; assez mauvais état général, un peu de bronchite.

6 mars. Voix toujours enrouée, quelques râles sous-crépitaux disséminés, dyspnée, pouls fréquent. — Ventouses.

7 mars. Amélioration notable.

10 mars. Amélioration considérable. Cependant l'examen laryngoscopique décèle encore la présence de traces de fausses membranes au-dessous de la glotte.

11 mars. Un peu de nasonnement de la voix; pas de troubles de la déglutition.

12 mars. Sur sa demande la malade sort. Bon appétit: poitrine nette, plus de fausses membranes, voix encore nasillarde.

Cette observation ne nous a paru digne d'être rapportée, non que nous croyions le fait rare, mais parce que, faute d'examen laryngoscopique, nombre de cas semblables doivent fatalement passer inaperçus et, par cela même, entraîner des conséquences fâcheuses, surtout en l'absence de tout signe pharyngien.

En effet, sans parler de l'embarras du clinicien pour porter un diagnostic, à quelles méprises ne s'expose-t-il pas de ce chef, sur son pronostic fondé uniquement sur quelques signes légers d'auscultation. Combien de cas de contagion inexpliqués ne trouveraient-ils pas là leur origine? Enfin, et c'est le point capital, le médecin doit faire de la prophylaxie, surtout quand il s'agit de diphthérie, et ne jamais négliger l'examen méticuleux de la cavité laryngienne, quand il rencontrera de semblables troubles laryngés dont l'inter-

prétation présenterait quelque difficulté, ou pourrait tout au moins être tranchée dans un sens de bénignité regrettable.

---

**BIBLIOGRAPHIE**

---

**Goitres et médication iodée interstitielle**, par le Dr DUGUET (chez G. Steinheil, p. 3 fr. 50).

Le Dr Duguet, médecin des hôpitaux de Paris et ancien élève de l'École de médecine de Reims, eut l'occasion d'appliquer cette méthode thérapeutique sous la direction du Dr Luton, professeur de cette école, qui commença en 1863 ses premières injections. Le mémoire du Dr Duguet arrive fort opportunément au milieu de ces récits de thyroïdectomie complète et incomplète, avec ou sans complications. Cette opération que les chirurgiens modernes se chargent de pratiquer presque toujours avec succès, quand l'affection n'est pas trop avancée, ne serait peut-être pas toujours aussi indispensable, s'il faut en croire les récits très encourageants de notre collègue. Du reste, cette méthode, née en France et peu connue, comme c'est souvent l'usage dans notre pays, s'est étendue remarquablement autour de nous, en Suisse, en Angleterre et en Allemagne. Le nombre des observations de Duguet est de 34 goitres kystiques ou charnus. Je ne parlerai pas de l'étiologie qui ne nous apprend rien de particulier, si ce n'est une particularité inhérente à la race juive. L'immunité de cette race n'est pas aussi incontestable que le pense l'auteur; pour moi j'ai vu des observations contraires en nombre suffisant. Le Dr Duguet consacre quelques pages au manuel opératoire qui démontre de sa part une extrême prudence et qui lui a permis d'éviter des accidents sérieux. Voici ses conclusions: tout goitre kystique ou charnu récent est susceptible de guérir très vite par les injections; tout goitre ancien est susceptible d'être réduit sensiblement, surtout s'il est kystique; quelques cas sont réfractaires; la méthode de Luton-Duguet est inoffensive.

Quant à nous, nous concluons volontiers de cette façon :



injectons toujours avant d'opérer, mais n'attendons pas trop longtemps, car les déformations irrémédiables des organes respiratoires rendraient les chances d'opération bien minimes.

En somme, mémoire clinique bien fait, bien appuyé et intéressant, au moins, pour tous les médecins.

A. GOUGUENHEIM.

**Des cornets acoustiques et de leur emploi dans le traitement médical de la surdi-mutité**, par le Dr J.-A.A. RATTEL (chez J.-B. Baillière, 1886).

Les cornets acoustiques sont connus, suivant l'auteur, depuis la plus haute antiquité. La première description en fut faite par Archigène (97-117 av. J.-C.)

Le Dr Rattel s'élève contre l'opinion de de Troeltsch, l'audition étant un sens complexe auquel il est très difficile de suppléer.

Après une description méthodique empruntée à Toynbee, l'auteur donne une description assez longue des instruments usités, parmi lesquels il faut choisir suivant l'indication n. n.

**Traitement de la laryngite chronique arthritique**, par le Dr FERRAS (E. Delahaye et Lecrosnier, 1886).

Le Dr Ferras, de Luchon, vient de publier un mémoire, sur le traitement de la laryngite chronique arthritique, que nous signalons à nos lecteurs, parce qu'ils y trouveront, bien décrits, cette forme de laryngite (qui n'avait pas été encore l'objet d'un travail d'ensemble), ainsi que les détails du traitement sulfuré aux thermes de Luchon. Cette laryngite, le Dr Ferras la décrit commune aux arthritiques et aux herpétiques, considérant l'herpétisme comme une forme d'arthritisme reléguée à la peau et aux muqueuses : opinion qui pour lui deviendra de plus en plus en faveur, le règne de la dartre, en tant qu'entité morbide, lui paraissant définitivement fini.

Le Dr Ferras insiste sur l'hypertrophie de la muqueuse laryngée, portant surtout sur les éminences aryténoïdes, et sur les cordes vocales supérieures qui masquent en tout ou en partie les cordes vocales inférieures qu'elles touchent

à la manière de la pédale du piano, entraînant par suite les altérations du timbre et du ton.

Il signale la rareté des granulations laryngées, trop souvent décrites, opposée à la fréquence si grande de celles du pharynx. Il ne faut pas se fier, en effet, aux analogies. Déjà en 1872, dans son travail sur la laryngite syphilitique, alors qu'il était interne d'Isambert, le Dr Ferras avait combattu cette autre analogie des auteurs, expliquant les symptômes laryngés par une répétition, sur le larynx, des lésions syphilitiques cutanées ou des muqueuses.

Le traitement sulfuré dirigé contre l'état constitutionnel consiste : 1° en bains, composés des sources BLANCHISSANTES, sortes de sulfurées *dégénérées* mieux adaptées à la nature souvent irritable des malades arthritiques; 2° en douches pulvérisées, modérées comme pression et température; 4° en gargarisme; 5° en humage; 6° en boisson. A. G.

---

#### PRESSE ÉTRANGÈRE.

---

**Utilisation de la « contre-audition » dans l'expérience de Rinne**, par le Dr E. BAUMGARTEN, de Budapest (*Archiv. f. Ohrenh.*, vol. XXIII, 2° et 3° livr.).

Nous traduisons par « contre-audition » le mot allemand *hinüberhören* employé par l'auteur pour désigner l'audition, par une oreille, du diapason placé sur l'apophyse mastoïde de l'autre côté.

Dans la 7<sup>e</sup> réunion des médecins auristes de l'Allemagne du Sud, le professeur Politzer, parlant de l'expérience de Rinne, disait que l'audition par l'oreille non examinée était souvent un obstacle à l'épreuve, et que pour l'éviter il convenait de placer la tige du diapason parallèlement à l'axe longitudinal de l'apophyse mastoïde. De cette façon, on réussit dans la plupart des cas à empêcher la contre-audition; chez un petit nombre de patients, ce mode d'application reste sans effet. Au contraire, en plaçant la tige du diapason dans la position perpendiculaire, on obtient très souvent cette contre-audition. Comme ce phénomène repose sur

des causes physiques, l'auteur a cherché à en tirer un parti pratique, et il est arrivé à l'utiliser d'une manière très ingénieuse pour le diagnostic et le pronostic des maladies de l'oreille.

Dans le plus grand nombre des cas, l'audition de l'autre côté n'a lieu qu'en plaçant la tige du diapason perpendiculairement sur l'apophyse mastoïde et avec des diapasons d'un grand nombre de vibrations. La place qui convient le mieux est la partie de l'apophyse mastoïde où l'on pratique habituellement l'opération pour ouvrir l'antre mastoïdien. Le phénomène est le plus marqué avec les diapasons donnant un son de plus de mille vibrations par seconde.

Quand, sur une personne entendant normalement, on bouche l'un des méats avec du coton et que l'on appuie le diapason à la place indiquée sur l'apophyse mastoïde de l'autre côté, le son passe dans l'oreille bouchée. Si l'on ferme aussi l'autre oreille avec du coton, il n'y a plus contre-audition. Si l'on bouche l'oreille en appuyant fortement le doigt, le phénomène est encore plus prononcé.

Lorsqu'il y a un obstacle au passage du son dans l'un des conduits auditifs, on sait que le diapason, placé sur le crâne, est généralement perçu de ce côté; mais il n'est pas permis d'exclure sûrement une maladie grave simultanée de l'oreille moyenne. Si, en pareil cas, le diapason appuyé sur l'apophyse mastoïde du côté sain est entendu du côté malade, et que la contre-audition cesse après fermeture hermétique du méat du côté sain avec le doigt, on peut, d'après l'auteur, sûrement exclure une maladie grave de l'oreille moyenne. Il faut bien faire attention que le doigt ferme hermétiquement le conduit auditif; le mieux pour cela est que le patient se serve de son petit doigt légèrement humecté.

Il résulte des cas observés par l'auteur que, quand la contre-audition a lieu du côté malade et que la fermeture du méat de l'autre côté avec le doigt la fait cesser, le pronostic est favorable. Dans le cas contraire, si la contre-audition persiste, le pronostic est défavorable; il peut y avoir amélioration, mais jamais restitution complète de l'ouïe.

Dans le cas où la maladie de l'oreille moyenne est bila-

térale, s'il n'y a contre-audition ni d'un côté ni de l'autre, il est probable que les deux affections en sont au même point. Mais, s'il y a contre-audition d'un côté, on peut affirmer que l'oreille la plus malade est celle qui entend le diapason placé sur l'apophyse mastoïde de l'autre côté. L'auteur l'a toujours vérifié en faisant l'épreuve consécutive avec le langage et la montre.

Comme en général il y a une différence dans la gravité des deux affections, la contre-audition est la règle. Il en résulte donc un pronostic plus favorable pour l'oreille où n'a pas lieu la contre-audition. Si celle-ci cesse quand on ferme hermétiquement avec le doigt le conduit auditif de l'oreille qui entend le mieux, le pronostic est aussi favorable pour la plus mauvaise oreille ; il est défavorable si la contre-audition persiste malgré la fermeture hermétique du méat.

Relativement aux affections du labyrinthe, l'auteur a observé un trop petit nombre de cas pour pouvoir poser des règles précises, et il recommande aux spécialistes qui ont l'occasion d'observer un grand nombre de maladies labyrinthiques de faire des recherches à ce sujet.

Cependant les quelques observations de l'auteur ne sont pas dépourvues d'intérêt. C'est ainsi qu'il a reconnu d'une manière constante que, lorsqu'un diapason appuyé sur le crâne est perçu par l'oreille entendant mal et que le diapason placé sur l'apophyse mastoïde du côté malade est perçu du côté entendant mieux, il y a une maladie commençante de l'oreille interne. Mais si le diapason appuyé sur le crâne est entendu par l'oreille la meilleure et que la contre-audition a lieu également de ce côté, le diagnostic de l'affection labyrinthique est encore plus sûr.

Enfin l'auteur croit pouvoir affirmer que la fixation ou immobilisation de l'appareil de transmission du son a pour conséquence la contre-audition de ce côté, et cela d'autant plus que la base de l'étrier est fixée plus solidement dans la niche de la fenêtre ovale. L'auteur a pu vérifier dans un cas le diagnostic ainsi porté, et il a constaté l'immobilisation absolue de l'étrier. Cependant, pour diagnostiquer sûrement une ankylose calcaire de l'étrier, l'auteur croit nécessaire d'avoir

recours à la sonde de pression de Lucæ, dont le contrôle est très utile. Si l'ankylose est simplement membraneuse, la sonde de pression amène une amélioration notable de l'ouïe; dans le cas d'une ankylose calcaire, il n'y a aucune amélioration.

L'idée de Baumgarten, de se servir d'un phénomène perturbateur de l'expérience de Rinne pour en tirer une nouvelle méthode d'exploration, est assurément originale et le parti qu'il en a tiré mérite de fixer l'attention. A. JOLY.

**Compte rendu des travaux de la clinique otologique de Halle, en 1885**, par le Dr F. KRETSCHMANN, médecin assistant (*Archiv. f. Ohrenh.*, vol. XXIII, 4<sup>e</sup> liv.).

Ce compte rendu donne les maladies traitées, en 1885, dans la clinique universitaire placée sous la direction du professeur Schwartz. Les cas sont au nombre de 1159 et concernent 1015 patients. Comme la clinique des maladies d'oreilles de Halle est l'une des plus importantes de l'Allemagne au point de vue chirurgical, nous allons reproduire ici quelques-unes des observations publiées dans les *Archiv. f. Ohrenh.*, en nous attachant surtout aux résultats obtenus et aux enseignements qui ressortent de la pratique du savant professeur de Halle.

Il s'agit ici principalement des maladies chirurgicales de l'oreille, qui ont donné lieu à 271 opérations, sans compter les cas où la galvanocaustique a été employée contre les granulations, l'hypertrophie de la muqueuse nasale, l'hyperplasie des amygdales, etc.

L'auteur du compte rendu donne d'abord trois tableaux, où se trouvent indiqués le nombre et le nom des maladies, l'âge des malades et les opérations pratiquées.

Il y a eu en tout 32 ouvertures de l'apophyse mastoïde, dont 4 suivies de mort. Contrairement à la pratique antérieure, dans les cas où la peau ne recouvrait pas un abcès périostal, les praticiens de Halle n'ont pas recherché la réunion par première intention, mais au contraire s'y sont opposés par l'introduction entre les bords de la plaie d'un

tampon iodoformique. Ce procédé permit de mieux surveiller la plaie et de faciliter les irrigations.

Sur les 32 opérations, 16 concernent des affections aiguës et ont amené la guérison, sauf dans deux cas d'issue fatale chez des enfants de six mois à un an. Le premier est mort de méningite septique; l'os, très mince par suite du rachitisme, fut brisé pendant l'enlèvement du périoste, et des masses purulentes firent irruption par l'ouverture osseuse. Pour le second la mort eut lieu par pneumonie cinquante-trois jours après l'opération; l'autopsie montra le cerveau et ses enveloppes normaux, de sorte que l'intervention chirurgicale n'est pas ici en cause.

Parmi les 16 opérations amenées par des affections chroniques, 6 furent suivies de guérison, 8 d'amélioration et 2 de mort par pyopneumothorax. Les deux cas de mort ne sont d'ailleurs pas imputables à l'opération.

Pour montrer combien l'ouverture de l'apophyse mastoïde peut agir d'une manière heureuse, même dans des cas désespérés, l'auteur cite le cas suivant, emprunté à la pratique privée du professeur Schwartz :

Jeune fille de 11 ans, eut, en été 1885, une otorrhée bilatérale, à la suite d'une scarlatine compliquée de diphthérie. Quelques semaines plus tard, il se forma du côté gauche du cou, vers la nuque, un abcès qui fut ouvert et guérit lentement. Quatorze jours avant l'entrée à la clinique, qui eut lieu le 6 décembre, une instillation dans l'oreille gauche d'une solution de nitrate d'argent fut suivie de vomissements, douleurs de tête violentes et fièvre avec une température de 39° 5. Quelques jours plus tard, léger délire; dix jours après, frisson subit avec élévation consécutive de la température au delà de 40° C. Après la tombée de la fièvre, euphorie. Les frissons se renouvelèrent ensuite une ou plusieurs fois par jour. Malgré ce symptôme qui rendait très probable une pyémie provenant d'une sinus-phlébite, le professeur Schwartz se décida à pratiquer l'opération de l'apophyse mastoïde. La patiente était très faible, très amaigrie, ne mangeait presque rien. Rien du côté du cœur et des poumons; articulations libres.

Otorrhée fétide bilatérale. Portion antérieure de la membrane tympanique gauche détruite, ainsi que la membrane tympanique droite tout entière. Œdème et grande sensibilité à la pression dans la région de l'apophyse mastoïde gauche. L'autre mastoïdien fut ouvert des deux côtés sans difficulté spéciale. Le lavage fit sortir à gauche une grande quantité de masses caséeuses épaisses et d'une odeur repoussante. A droite, pus visqueux, mais également fétide.

Le soir, après l'opération, la température remonta à 40°, mais sans frisson. Les plaies furent irriguées avec une solution de sublimé à 10/0. Au bout de trois jours, la sécrétion des méats, encore très abondante, avait perdu sa mauvaise odeur. Sept jours après l'opération, il y eut encore des températures élevées, mais pas de frisson. A partir du dixième jour, les températures fébriles cessent de se montrer. La suppuration diminue, les forces et le poids augmentent. Quatre mois après l'opération, la patiente, encore en traitement, était en voie de guérison complète.

L'auteur donne encore plusieurs cas où l'ouverture de l'autre mastoïdien fut pratiquée avec succès, et qui présentent un intérêt particulier, mais que nous ne pouvons que signaler en renvoyant au mémoire original.

L'extraction du marteau fut faite chez 3 patients.

Un cas d'affection du labyrinthe à la suite de la diphthérie fut très amélioré par le traitement. Celui-ci a consisté en l'application de sangsues sur l'apophyse mastoïde, injections de pilocarpine et administration de quinine à l'intérieur.

A noter aussi : un cas d'athérome du pavillon; une tumeur située derrière le pavillon et dont l'examen histologique n'a pas permis d'établir le diagnostic précis, il s'agit probablement d'un endothéliome; enfin un cas curieux d'épilepsie réflexe provenant de l'oreille.

Nous trouvons ensuite 3 observations de maladies d'oreille consécutives à la syphilis, que nous allons reproduire à cause de l'intérêt qu'elles présentent au point de vue thérapeutique :

1<sup>re</sup> Femme R., 25 ans, avoue avoir pris la syphilis il y a plusieurs années. Plusieurs avortements et un ulcère phagédénique de la paroi postérieure du pharynx confirment son

dire. Depuis plusieurs semaines, elle souffre de bruits subjectifs. L'exploration de l'oreille donne un résultat négatif. L'ulcère est traité énergiquement par le galvanocautère, et la patiente prend en outre 4 grammes d'iodure de potassium par jour. En quatorze jours l'ulcère est complètement cicatrisé. Un léger coryza iodique fait interrompre la médication, qui est reprise huit jours plus tard. Au bout de six semaines, les bruits avaient complètement disparu et l'ouïe était normale.

2° Berthe F., 28 ans, vint à la clinique pour dureté d'oreille, bourdonnements et douleurs dans l'oreille gauche. Membrane du tympan rouge fortement bombée, mince et jaune à la place proéminente, indiquant une rupture imminente par pression de l'exsudat. Au milieu du voile du palais se trouve une gomme ulcérée. Celle-ci est détruite par le galvanocautère et l'on perce la membrane du tympan à l'aide du même appareil, puis on donne 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Le résultat fut remarquable. Au bout de huit jours la membrane du tympan était fermée, la caisse sans exsudat, et six jours plus tard l'ulcération du palais était guérie.

3° Berthe D., 21 ans, traitée dans la clinique médicale pour une infection récente. Une diminution de l'ouïe et un fort écoulement des deux oreilles la firent entrer dans la clinique des maladies d'oreille. Otorrhée bilatérale, perforation de la membrane tympanique gauche, granulations. A droite, papules et ulcère du méat. Ulcère de l'amygdale droite. Ce dernier est traité par le galvanocautère et guéri en peu de jours. La suppuration est combattue par des injections faites par le cathéter, puis le méat est bouché par des tampons de gaze trempés dans une solution à 2 0/0 de nitrate d'argent. Au bout de dix jours, les conduits auditifs sont secs, l'ulcère guéri. La suppuration a diminué, mais persiste encore lorsque le malade sort.

Ces 3 cas montrent combien le traitement local accompagnant le traitement général est actif. Le galvanocautère transforme rapidement les ulcères syphilitiques et en amène la guérison en détruisant le germe infectieux local.

L'auteur termine son rapport par quelques indications



relatives aux médicaments et appareils employés dans la clinique du professeur Schwartz.

Depuis un an, on se sert, comme antiseptique, presque exclusivement du sublimé. Pour le lavage de l'oreille dans les otorrhées chroniques, la solution employée est de 1/5000; pour les opérations de l'apophyse mastoïde, l'incision de Wilde, la concentration est de 1/1000 pendant l'opération, puis de 1/3000 et enfin de 1/5000. Les instruments sont plongés dans l'alcool absolu. La désinfection des éponges se fait au moyen d'une solution à 10 0/0 d'acide phénique.

A. JOLY.

**L'organe auditif dans la leucémie**, par le Dr GIUSEPPE GRADENIGO jun., de Padoue (*Archiv. f. Ohrenh.*, vol. XXIII, 4<sup>e</sup> liv.).

Au Congrès international d'otologie, tenu à Bâle en 1884, le professeur Politzer a communiqué les résultats intéressants d'une autopsie dans un cas de surdité leucémique. Il faisait remarquer à cette occasion combien nos connaissances en physiologie pathologique et anatomie pathologique de l'oreille sont encore incertaines et incomplètes. Pour ce qui concerne la leucémie, en particulier, l'étude anatomique de Politzer est jusqu'ici la seule. Blau a bien publié récemment un cas présentant beaucoup d'intérêt au point de vue clinique, mais dans ce cas, comme dans les autres, l'examen anatomo-pathologique fait défaut.

L'insuffisance de nos connaissances, sur la façon dont se comporte l'oreille dans la leucémie, ressort encore davantage quand on tient compte de ce fait, que pour l'œil les modifications leucémiques de la rétine ont été très bien décrites dès 1861 par Liebreich et étudiées plus tard, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, par Becker, Leber, Roth, Perrin et Poncet.

D'après les statistiques de Vidal et de Isambert, dans 10 0/0 des cas de leucémie on observe des symptômes qui concernent l'oreille.

L'auteur a eu l'occasion d'observer, à la clinique de Padoue, un individu atteint de leucémie mixte, surtout splénique, et

qui a présenté dans les derniers jours de sa vie des signes prononcés de dureté d'oreille. C'est le second cas où l'examen anatomo-pathologique ait suivi l'observation clinique, et nous croyons intéressant de résumer le travail de l'auteur.

Avant de passer à la description du cas observé par lui, le Dr Gradenigo donne l'analyse des cas déjà publiés, qui sont au nombre de 7. Les seuls intéressants sont celui de Politzer, qui se trouve dans les *comptes rendus du 3<sup>e</sup> Congrès international d'otologie*, et celui de Blau, publié dans la *Deutsche med. Zeitung* du 18 mai 1885 ; nous ne pouvons que les signaler ici, en renvoyant au mémoire original.

Voici le cas observé par l'auteur :

D. D. B..., 63 ans, portefaix. Il a eu, il y a trois ans, une fracture des côtes qui guérit au bout de peu de temps. Il y a deux ans, le patient remarqua un commencement d'enflure de la région splénique.

*État présent*, fin novembre 1885 : Individu amaigri, peau de teinte jaune sale, larges pétéchies, notamment sur les mains. Ventre ballonné, non douloureux ; parois abdominales lâches et œdémateuses. Foie formant saillie en dessous de l'arc costal ; rate grossie. Léger œdème des extrémités inférieures. Glandes lymphatiques des aisselles et de la région inguinale légèrement enflées.

Sang pâle et fluide ; parmi les corpuscules rouges, quelques-uns sont plus petits, d'autres plus gros que normalement ; microcytes en petit nombre, corpuscules blancs très nombreux ; les petits leucocytes dominent.

*Urine*. — Poids spécifique : 1,015, forte teneur en indican ; dans le sédiment, de nombreux cylindres, beaucoup de corpuscules blancs du sang.

6 décembre. La veille, le patient a eu un grand nombre de selles diarrhéiques sanguinolentes, de la toux avec crachats mucopurulents.

12 décembre. Il se produit pour la première fois un fort saignement du nez, qui dure plusieurs heures. Toux opiniâtre, crachats sanguinolents. On ordonne des frictions d'huile chaude pour provoquer une forte transpiration.

L'examen du sang montre un petit nombre de corpuscules rouges et beaucoup de leucocytes.

12 décembre. Nouvelle hémorrhagie nasale qui dure huit heures. Tamponnement des fosses nasales en avant et en arrière. Faiblesse générale. *Bourdonnements d'oreille.*

24 décembre. 1<sup>re</sup> frictions huileuses sont renouvelées chaque jour ; les dernières n'amènent pas de transpiration. *On constate des deux côtés une forte diminution de l'ouïe, survenue en quelques heures.*

26 décembre. Exploration de l'oreille. Le patient se plaint de dureté, d'oreille et de forts bourdonnements depuis environ cinq jours ; ni vertige, ni douleur. Le diapason n'est perçu que sur le crâne. Expérience de Rinne négative des deux côtés. La perception par les os est fortement diminuée, aussi bien pour les sons élevés que pour les sons bas. Expérience de Gellé positive des deux côtés. La montre n'est entendue, à droite comme à gauche, qu'au contact avec le pavillon ; elle n'est pas perçue par les os.

A gauche : Langage murmuré 0, langage ordinaire 10 cm.

A droite : — — 0, — — 15 cm.

28 décembre. Le patient se plaint d'une aggravation, surtout à gauche. A l'examen avec le miroir, on remarque dans le conduit auditif gauche une masse gris rougeâtre, qui occupe environ 1/3 de la lumière du méat. Cette masse est constituée par une vésicule sous-épidermique, contenant du sang en partie fluide, en partie coagulé, située sur la paroi inférieure du méat et qui atteint presque le bord de la membrane du tympan. Celle-ci est rouge et tuméfiée ; en haut et en avant, elle montre une bande rouge de près d'un demi-millimètre de largeur.

La paroi antérieure du méat droit porte une tache hémorrhagique rouge sombre, mais beaucoup plus petite et moins prononcée qu'à gauche.

Le cathétérisme donne à gauche une amélioration subjective, fait cesser les bourdonnements, mais n'augmente pas l'audition. A droite, outre une amélioration subjective et la disparition des bourdonnements, il y a amélioration fonctionnelle, la montre est entendue à 8 centimètres.

On se trouve en présence d'une otite moyenne chronique bilatérale, avec exsudation hémorrhagique récente dans l'oreille externe et moyenne.

Le jour suivant, légère épistaxis, production passagère de pétéchies sur l'abdomen et perte progressive des forces. La dureté d'oreille augmente notablement.

6 février 1886. Mort peu de temps après une nouvelle selle diarrhéique et sanguinolente.

A l'autopsie, l'auteur a trouvé dans les deux caisses du tympan un tissu connectif de formation nouvelle, traversé par une infiltration hémorrhagique, et des restes d'exsudat libre.

L'examen histologique des deux labyrinthes a donné un résultat absolument négatif au point de vue d'une exsudation leukémique.

En somme, il s'agit ici d'un malade avec cachexie leukémique grave et à une période avancée, avec diathèse hémorrhagique prononcée et saignements fréquents du nez, chez qui il survient tout à coup une forte altération bilatérale de l'ouïe, indiquant que l'oreille moyenne est atteinte. L'examen anatomique donne un résultat négatif pour l'oreille interne et une forte prolifération de la muqueuse de la caisse, avec hémorrhagies parenchymateuses et des restes d'épanchements hémorrhagiques.

L'auteur résume de la manière suivante les résultats de son observation :

1° Au cours de la leukémie, il se produit parfois du côté de l'oreille des complications qui se rattachent à une exsudation dans l'oreille moyenne ou dans le labyrinthe ;

2° Des exsudations de ce genre peuvent aussi se produire indépendamment d'une diathèse hémorrhagique particulière ;

3° D'après l'autopsie de Politzer et celle de l'auteur, on peut citer comme facteur prédisposant aux complications de l'oreille l'existence antérieure ou simultanée d'un processus inflammatoire ;

4° La physiologie pathologique des complications leuké-

miques de l'oreille diffère complètement de celle des complications leukémiques de l'œil.

A. JOLY.

**Cas d'otite moyenne suppurée, perforation avec une vrille des cellules mastoïdiennes**, par J. D. STRAWBRIDGE (*Med. News*, 18 octobre 1887).

Un des cas cités par l'auteur est surtout remarquable par la gravité des signes ; le gonflement était si grand que l'on ne pouvait reconnaître *la forme de la tête* ; l'auteur pratique d'abord plusieurs incisions derrière l'oreille, à l'angle de la mâchoire et en avant de l'oreille. Le pus qui sortit, en grande quantité, était fétide. Le malade eut moins de stupeur, mais le délire n'avait pas diminué ; l'apophyse mastoïde fut ouverte avec une vrille, en quinze jours le malade fut hors de danger, mais l'écoulement de l'oreille continua encore pendant quelques mois.

A. G.

**Traitement de l'otorrhée par le bichlorure de mercure**, par FERGUSON (*Arch. of otol.*, juin, septembre 1885).

L'emploi de ce médicament ne donna pas de bons résultats, il déterminait chez les malades de l'hyperémie et de la myringite, on fut obligé d'y renoncer.

A. G.

**Otite hémorrhagique**, par le Dr P. Mc. BRIDE (*Arch. of otology*, juin-septembre 1885).

Complication signalée pour la première fois par Roosa et survenant habituellement dans le cours d'une otite moyenne aiguë. L'auteur a observé 3 cas. Les signes principaux sont une douleur suraiguë, un écoulement de sang et une évolution morbide assez rapide. Roosa a observé cette complication en même temps que la rétinite hémorrhagique, mais exceptionnellement, car l'étiologie est différente, la rétinite apparaissant chez des sujets affaiblis, ce qui n'est pas le cas de l'otite hémorrhagique. Le présent travail est accompagné d'une observation. Après l'hémorrhagie il y eut une exsudation séreuse dans la caisse, due probablement à l'action irritante du caillot. La production de ces hémorrhagies est favorisée par l'obstruction de la trompe.

A. G.

**Des fonctions du labyrinthe dans l'organe de l'ouïe, chez l'homme, par le Dr STEPANOW, de Moscou** (*Deutsche Med. z. Zeitung*, août 1886).

Le travail de l'auteur a été inspiré par l'observation clinique d'un homme de 23 ans, de l'oreille duquel sortit dans le cours d'une otite moyenne un petit morceau d'os que l'on reconnut être une circonvolution et demie de la partie supérieure du limaçon. Voici quelles sont les conclusions des recherches de Stepanow :

1° La destruction de la partie supérieure du limaçon n'entraîne pas la cessation de la perception des tons graves, assertion contraire à l'opinion d'Helmholtz;

2° Cette destruction n'empêche pas la perception de tous les tons;

3° Elle n'influe pas sensiblement sur la perception du chuchotement, ni de la voix forte;

4° Il ne faut pas conclure de là que le limaçon ne joue aucun rôle dans la perception des sons, car si l'ouïe n'est pas abolie quand les canaux demi-circulaires sont peu développés ou malades, il n'est pas démontré que leur rôle, pour cela, est négatif dans la perception des sons;

5° Il n'existe aucun fait, jusqu'ici, qui permette de localiser dans les diverses parties du labyrinthe les différents sons (tons, bruit, parole).

A. G.

**Maladie de l'oreille moyenne, compliquée de kératose oblitérante, par M.-D. JONES.** — Travail lu devant la Société médico-chirurgicale de Saint-Louis, le 27 janvier 1886 (*Saint-Louis medical journal*, vol. XV, n° 5, avril 1886).

C'est l'histoire d'une affection de l'oreille moyenne à laquelle vient s'ajouter un de ces bouchons d'épithélium pavimenteux, qu'on rencontre, assez souvent, oblitérant le conduit auditif externe.

La malade, âgée de 19 ans, se plaint, en entrant à la clinique, d'un écoulement non douloureux de l'oreille droite, écoulement qui dure depuis six ou huit mois et qu'elle cherche à arrêter par raison de propreté.

L'examen pratiqué montre un polype remplissant le conduit

auditif externe droit et saillant au dehors. Nous arrachons une partie de la tumeur avec une anse de fil. Deux jours plus tard, en enlevant une autre partie de la tumeur, nous fûmes étonnés de voir combien celle-ci avait grossi. Le jour suivant nous pûmes passer l'anse de fil sur le pédicule même et enlever complètement la tumeur. Au-dessus de l'emplacement du pédicule qui l'insérait au bord postéro-inférieur, à l'union des portions osseuse et cartilagineuse, nous trouvons un bouchon d'épithélium; celui-ci est extrait sans difficulté. Aussitôt qu'il est dégagé du conduit, un écoulement de pus se fait. Les parois du canal sont blanches et comme macérées, la cavité est dilatée par la pression du bouchon épithélial. La caisse est entièrement détruite de ce côté. La malade raconte du reste que ses oreilles ont suppuré pendant son enfance.

Je n'ai pas trouvé de cas semblable dans les livres. Ici un bouchon épithélial oblitère le canal, puis agissant comme un véritable corps étranger, il a déterminé la suppuration de l'oreille moyenne. Mais il est très probable que la membrane du tympan avait été détruite pendant la première suppuration de l'enfance. Le pus retenu dans la cavité tympanique et ne pouvant s'échapper par sa voie naturelle, le conduit auditif, qui était occupé par la kératose oblitérante, a dû trouver un autre chemin. C'est ce qu'il fit en se creusant un chemin sous le périoste du canal, pour reparaitre à la surface en avant du bouchon épithélial. Le pus fit irruption dans le méat où était situé le polype, ce qui explique la rapide reproduction de celui-ci après l'extraction d'une partie de la tumeur.

Le pus a heureusement suivi cette voie au lieu de pénétrer dans les cellules mastoïdes, où il eût pu développer une inflammation d'un caractère violent, sinon mortel.

L'apophyse mastoïde n'était aucunement atteinte. La douleur que la malade ressentait était due à la pression de l'anse de fil qui repoussait le bouchon épithélial dans la cavité de l'oreille moyenne.

Schwartzé écrit, dans son *Anatomie pathologique de l'oreille*, que les fistules du méat proviennent le plus souvent de carie ou de nécrose et aussi de la suppuration de l'oreille interne dont le pus se fraye un passage à travers la

paroi postérieure du méat. Nous savons qu'un abcès de la parotide ou d'une glande lymphatique voisine de l'oreille peut venir s'ouvrir dans le conduit auditif généralement au niveau de lumière de la portion osseuse avec la cartilagineuse, mais quelquefois dans les scissures de Santorini. La péri-chondrite primitive n'est pas un fait bien établi, c'est pourquoi il faut chercher une autre cause aux fistules du méat cartilagineux. On y peut trouver une simple érosion, suite d'inflammation.

La carie du méat se rencontre en général sur la paroi postérieure, près du tympan, et correspond avec le fond de l'antre mastoïdien ou avec l'ouverture de celui-ci dans l'oreille moyenne. Mais dans le cas qui fait l'objet de cette note, il n'y a ni carie, ni nécrose, ni inflammation mastoïdienne. C'est un simple bouchon épithélial qui, oblitérant le canal, a forcé le pus à se chercher une issue.

Ajoutons encore un point très important. Quelques jours après l'opération de l'oreille droite, la malade se plaignit d'être gênée de la gauche. L'examen nous montra un de ces amas d'épithélium que les auristes désignent sous le nom de kératose oblitérante. Nous ne pûmes l'enlever qu'en le divisant avec une curette, non sans douleur pour la malade. Le conduit, une fois libre, nous permit de constater la destruction de la membrane du tympan. La kératose oblitérante a été décrite pour la première fois par Wreden, de Saint-Petersbourg, et fut ainsi nommée pour qu'on la distinguât de l'oblitération par les bouchons cérumineux. On trouve ces masses épithéliales dans les oreilles saines, mais tôt ou tard la pression qu'elles exercent sur la membrane du tympan amène la suppuration de celle-ci ou son adhérence à la masse. Lorsqu'une suppuration préalable a détruit le tympan, elles sont plus grosses et plus denses, sans cependant causer d'autre malaise qu'une dureté croissante de l'ouïe. L'étiologie de cette affection est obscure. On a trouvé dans quelques cellules des spores végétales; cependant Wreden n'attribue pas l'origine de la tumeur à ces champignons. Burnett pense que la kératose est plutôt due à des tentatives de lavage trop fortes. Le conduit auditif se trouve contusionné et la contu-



sion détermine une lente exsudation des cellules dermoïdes. La tumeur, à mesure qu'elle grossit, devient une nouvelle cause d'irritation qui vient renforcer l'inflammation établie.

La kératose oblitérante n'est, de toutes façons, pas une affection commune. Le cas que nous avons cité est surtout remarquable par la grosseur et la densité des masses épithéliales. Il peut arriver que celles-ci causent des névralgies dans le conduit auditif externe, névralgies qui s'étendent autour de l'oreille et peuvent envahir jusqu'à la région temporale.

R. RÉGNIER.

**Suppuration des cellules mastoïdiennes, compliquée de thrombose du sinus latéral droit. Embolie septique du cœur et du poumon gauche. Guérison à la suite de l'ouverture des cellules mastoïdiennes. Remarques sur la manière de prévenir les embolies septiques en pareil cas, par M. VICTOR HORSLEY (*British medical Journal*, 5 juin 1886, *Société clinique de Londres*).**

Rachel H..., 17 ans, souffre d'une otite suppurée moyenne survenue à la suite d'une rougeole contractée à 3 ans. Aggravation à 13 ans, à la suite de la petite vérole. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital la malade prend froid, l'oreille droite et les parties adjacentes deviennent le siège d'une vive inflammation. Au moment de l'entrée celle-ci s'étend en avant vers la parotide; en arrière elle a envahi toute l'apophyse mastoïde et s'étend jusqu'à l'occipital. Température 101° Fahr. (38,3 centigr.) Écoulement de pus sanieux par l'oreille malade. Le Dr Penrose pratique dès l'entrée de la malade une large ouverture à travers les cellules mastoïdiennes, qui donne issue à une quantité considérable de pus fétide. Les os paraissent décharnés. Le 6 août (sept jours après son admission dans les salles), la malade est moins bien; à midi la température est de 105° Fahr. (45,5 centigr.).

Malgré la haute température M. Horsley agrandit l'ouverture de la plaie et trouve une dénudation des os qui s'étend au quart postérieur du pariétal à toute l'apophyse mastoïde et à une partie de l'occipital. Il ouvre ensuite largement les cellules mastoïdiennes avec une gouge et enlève toute la paroi postérieure du conduit auditif externe, de façon à convertir celui-ci, l'oreille moyenne et les cellules mastoïdiennes en une gouttière unique. L'apophyse mastoïde est remplie de pus horriblement fétide. La plaie est

désinfectée avec soin et pansée avec de l'iodoforme et de l'ouate iodoformée. Le lendemain la malade est somnolente, la courbe de la température indique nettement la pyhémie.

Le 9, à minuit, la malade est prise d'une violente douleur précordiale avec dyspnée, pendant une demi-heure. Ces symptômes d'embolie cardiaque font bientôt place à des signes d'embolie pulmonaire. La malade, traitée d'abord par l'antipyrine, qui l'avait épuisée, fut laissée au repos absolu. On lui administra de larges doses de teinture de Warburg. A partir de ce moment la malade se relève peu à peu ; à la fin de septembre elle est en pleine convalescence. Le tube à drainage est retiré en décembre.

Restait la question de savoir s'il convenait de lier la veine jugulaire interne afin d'éviter les dangereuses complications que pouvaient causer les fragments du caillot septique en se détachant. Sir William Dalby pense qu'une opération comme la ligature de la jugulaire interne demande réflexion.

Il convient maintenant de formuler les règles suivant lesquelles on doit ouvrir les cellules mastoïdiennes ; plus d'un malade a péri parce qu'on avait trop différé l'opération. Lorsqu'il y a sensibilité très marquée avec écoulement abondant à travers le tympan rompu, œdème et douleur lorsque le malade est couché, c'est le moment d'opérer.

Dans un cas, des symptômes de paralysie infantile donneront l'idée d'une opération qui réussit parfaitement. On peut pratiquer l'ouverture avec un trocart spécial qui ne risque pas de blesser le sinus latéral. Souvent le pus ne s'écoule pas le premier jour : ce n'est que le second, à la suite d'un violent effort respiratoire du malade, que le pus commence à couler.

Deux fois, le retard apporté à l'ouverture des cellules mastoïdiennes causa une pneumonie ; une autre fois, une affection articulaire qui nécessita l'amputation du membre.

M. Horsley est, comme sir William Dalby à qui appartiennent les conclusions précédentes, partisan de l'ouverture des cellules mastoïdiennes, faite de bonne heure. R. RÉGNIER.

**Traitement du catarrhe nasal et du catarrhe nasopharyngien**, par J. SOLIS-COHEN (*Ther. Gazette*, mai 1886).  
Le Dr J. Solis-Cohen (*New York. med. journ.*, 8 avril 1886)

établit qu'il y a dans le traitement de ces affections deux principes absolus : tenir les parties malades dans un grand état de propreté et surveiller la santé générale du malade. Il pense que cette méthode donne d'aussi bons résultats que les inhalations, les opérations ou les cautérisations. Au moyen d'éponges préparées, il débarrasse le nez des mucosités qui le remplissent, puis il pratique une douche nasale.

Cette méthode n'a qu'un inconvénient : c'est de prendre beaucoup de temps au médecin. Le Dr Solis-Cohen a vu des malades, dont l'affection remontait à quarante ou quarante-cinq ans, guéris pour plusieurs années. Il admet la possibilité d'exacerbations.

R. RÉGNIER.

**Traitement de l'otorrhée ulcéreuse**, par ARTHUR E. BARKER  
(*British medical journal*, 15 mai 1886).

Nettoyer d'abord avec soin l'oreille au moyen de boulettes de coton salicylé. Les granulations apparaissent ensuite nettement. On les enlève avec une curette, puis on tamponne de nouveau l'oreille avec du coton salicylé. Lorsque l'oreille est presque sèche, on touche avec du perchlorure de fer les parties ulcérées, pendant quelques instants. Le coton qui contient le perchlorure est ensuite retiré, puis on insuffle sur les parties opérées un peu de poudre d'iodoforme.

Ce traitement suivi avec soin dans tous ses détails amène la guérison des oreilles qui ont suppuré des mois et des années. Cela tient à ce qu'on remplace dans l'oreille un milieu septique par un milieu antiseptique.

R. RÉGNIER.

**Extirpation du cartilage cricoïde dans un cas d'enchondrôme**, par BÖCKER (59<sup>me</sup> réunion des naturalistes allemands, session de Berlin, 1886).

L'auteur a observé deux cas d'enchondrôme du larynx. Dans le cas actuel, la tumeur partait de la paroi postérieure du cartilage cricoïde et ne laissait plus qu'un très petit espace falciforme. On fit la trachéotomie, on divisa ensuite le cartilage thyroïde et on extirpa la tumeur avec le cartilage cricoïde. La voix est restée très nette et l'articulation des sons est aisée quand le malade sort de la canule à phonation de Bruns.

A. G.

**Paralysie laryngée de cause centrale**, par EISENLOHR  
(*Soc. med. de Hambourg*, 15 janvier 1886).

Il s'agit dans ce cas d'un homme de 33 ans, d'une très bonne santé habituelle, qui tout à coup eut de la toux, de l'enrouement et de la dysphagie, et chez lequel on constata de la paralysie du récurrent gauche, de l'anesthésie du côté gauche du larynx, de la moitié gauche du voile du palais et de l'anesthésie des muqueuses innervées par le trijumeau. Un peu de nystagmus quand le malade regarde à gauche. Deux ans après le malade succombe à une affection pulmonaire chronique. A l'autopsie du larynx on trouva de l'atrophie des muscles du côté gauche du larynx et de la corde vocale gauche. A l'examen du bulbe on trouva de la sclérose envahissant les noyaux du nerf vague du spinal, du nerf acoustique et se rapprochant des racines de la cinquième paire. La corne postérieure et les racines du spinal sont intéressées. Les noyaux des nerfs facial, glosso-pharyngien et hypoglosse sont intacts. Quant à l'origine de cette lésion, thrombose ou irritation, l'auteur ne peut la définir. Précédemment il avait observé des cas de paralysie des cordes vocales, consécutives à des thromboses des artères vertébrale et basilaire.

A. G.

**Rétrécissements cicatriciels de la trachée**, par KUSTER  
(59<sup>e</sup> réunion des naturalistes allemands, session de Berlin, 1886).

L'auteur distingue 4 sortes de rétrécissements : traumatiques, diphthéritiques (les plus fréquents, sur 700 trachéotomies, 286 guérisons avec 11 rétrécissements), syphilitiques, organiques. Voici le traitement proposé : ouverture de la trachée, dilatation, section des brides ou autres obstacles, maintien du dilateur à demeure, enfin introduction d'une canule de Dupuis. Les tentatives doivent quelquefois être recommencées. Dans les néoplasmes, Kuster conseille de réséquer la trachée, ce qu'il fit une fois avec succès dans un cas de rétrécissement traumatique. Sur 17 opérations, Kuster compta 12 guérisons et 2 cas de mort; il a échoué 3 fois.

A. G.

**Conditions dans lesquelles se produisent les fractures du larynx**, par E. VON HOFFMANN, de Vienne (*Lyon médical*, 17 oct. 1886).

Dans ce travail l'auteur relate 16 observations de ces fractures causées par des morts violentes de diverses natures, assassinats ou suicides, par section du cou, écrasement, précipitation d'un lieu élevé. Dans ces derniers cas, survenus après une chute sur la tête, on trouva une fracture bilatérale verticale de la partie antérieure du cricoïde. A. G.

**Œdème de la glotte ayant causé la mort chez un nouveau-né**, par H. VOGT, de Bergen (*Norsk. magaz. for Læger*, sept. 1886; in *Revue internat. des sciences médicales*, oct. 1886).

Il s'agissait, dans ce cas, d'une petite fille pesant 2,900 grammes, atteinte d'une anasarque généralisée, dont le ventre était gros et tendu. Les battements du cœur étaient faibles, l'enfant était immobile et ne pouvait respirer; malgré de fortes inspirations, l'air n'entrait pas dans les poumons. Trois quarts d'heure après la naissance, l'enfant succomba. A l'autopsie on trouva de l'ascite, des adhérences du foie au diaphragme; le cœur, les poumons et les reins étaient normaux. Le larynx était obstrué par une infiltration œdémateuse très considérable des replis ary-épiglottiques. Le placenta était œdématié. On ne put déterminer la cause de cette hydropisie. A. G.

**Des troubles fonctionnels du larynx dans les maladies du système nerveux central**, par KRAUSE. (*Société berlinoise de psychiatrie et des maladies nerveuses*).

Le travail de Krause repose sur plus de 200 cas de maladies nerveuses centrales de la clinique de la Charité. Le larynx a été affecté dans la syphilis spinale, la chorée, les tumeurs du cerveau, le saturnisme, l'hystéro-épilepsie, l'épilepsie, la paralysie pseudo-bulbaire, les scléroses en plaques, la paralysie bulbaire et l'ataxie.

Chez les choréiques, les cordes faiblement tendues présentaient une trémulation régulière, mais pas de mouvements choréiques.

Dans un cas de syphilis spinale, il y eut immobilité de la corde gauche, près de la ligne médiane, et disparition de ce signe après le traitement.

Chez les saturnins, altérations variables manquant quelquefois.

Dans un cas de tumeur cérébrale du corps strié et du lobe temporal, paralysie de la moitié du larynx, du côté opposé.

Chez l'hystéro-épileptique, hémianesthésie de la gorge et du larynx, et rapprochement des cordes dans l'inspiration et leur bâillement dans l'expiration et la phonation.

Dans la paralysie pseudo-bulbaire, parésie de l'adducteur droit et hémiplégie gauche; les membres gauches étaient paralysés.

Dans la paralysie progressive, abaissement de la tonalité par relâchement des cordes et des atrophies.

Sclérose en plaques, même résultat que dans les maladies précédentes.

Paralysie bulbaire, immobilité vers la ligne médiane des cordes vocales que Krause croit, avec Koelher et Gerhardt, être plutôt de la contracture des adducteurs que la paralysie des abducteurs.

Ataxie, même aspect, même observation.

Ce qui est surtout important dans cette communication, c'est la critique par Krause de la paralysie des dilatateurs, affection que l'on a une tendance, vraiment trop marquée, d'admettre, chaque fois que l'on se trouve devant un rapprochement excessif des cordes vocales, sans ou presque sans mobilité. Pourtant la thérapeutique dirigée contre un certain nombre de ces cas ne plaide guère en faveur de l'hypothèse d'une paralysie.

Le Dr Remack défend contre Krause les paralysies des dilatateurs, que, du reste, ce dernier ne conteste pas, mais que l'on admet trop facilement. Le Dr Remack dit que, par une paralysie partielle du noyau de l'accessoire, il peut se produire une paralysie des dilatateurs et aussitôt également une contracture secondaire des adducteurs, analogue aux contractures observées de bonne heure dans les antagonistes non paralysés, en cas de paralysie infantile.

A. G.

**Séquestre provenant du cartilage thyroïde**, par SCHIFFERS (*Soc. méd. chir. de Liège*, séance du 4 février 1886; *Annales de la Soc. méd. chir. de Liège*, n° 3, mars 1886, p. 134).

Le séquestre provient du cartilage thyroïde chez un homme de 72 ans, trachéotomisé; il fut enlevé par l'ouverture trachéale; il est de la taille d'une pièce de 2 francs; on en a retiré plusieurs, de dimension variable, venant des deux cartilages du larynx. La périchondrite qui nécessita la trachéotomie était de nature cancéreuse. L'opération a été pratiquée il y a six mois, l'état du malade est satisfaisant.

A. G.

**Œdème de la glotte, néphrite, mort subite**, par JONES, de Baltimore (*Philad. med. Times*, 30 oct. 1885).

Il s'agit d'un homme de 52 ans, très robuste, mais alcoolique, ayant un peu d'œdème des membres inférieurs, qui fut pris tout à coup de dysphagie notable, de dyspnée assez modérée. A l'examen de la gorge, on constate un peu de rougeur du pharynx et de l'épiglotte qui est tuméfiée en même temps. Une heure après cette exploration, le malade succombait brusquement.

A l'autopsie, on constate un gonflement œdémateux de tout le larynx; les reins sont notablement hyperémiques, et c'est à cette cause que l'auteur attribue la complication laryngienne. Le cœur était dilaté et les poumons adhérents aux parois costales.

A. G.

**Tubage du larynx**, par O' DWYER (*Therap Gaz.*, mai 1886).

La difficulté et la gravité de la trachéotomie en même temps que le peu de bons résultats qu'elle compte, employée en dernier ressort dans le croup, ont fait chercher une autre méthode.

Le Dr O'Dwyer, de New-York, a, après Bouchut, essayé d'introduire entre les cordes vocales, sans employer d'instruments tranchants, un tube qui permit le passage de l'air.

Les différentes statistiques faites jusqu'ici en Amérique

semblent être en faveur du tubage au point de vue du salut des malades.

Les données sont cependant encore insuffisantes pour juger tout à fait de la méthode, et ce n'est que lorsqu'elle sera passée dans la pratique qu'on la pourra juger. R. RÉGNIER.

**Pneumococci dans le nez**, par ARTHUR THOST, de Hambourg (*Semaine méd. allem.*, n° 40, 1886; *In Intern. Centralblatt für laryng.*, 1886, p. 124).

L'auteur a rencontré non seulement dans l'ozène, mais dans d'autres nez, en particulier le sien, des pneumocoques absolument identiques morphologiquement et au point de vue de la culture avec ceux décrits dans la pneumonie par Friedlander.

P. T.

**Discussion über den Zusammenhang Zwischen vaskulären und nervösen Erkrankungen in Verein für Wissenschaftliche.** (Discussion sur les relations entre les maladies du nez et certaines autres affections, etc.), par SCHREIBER (*Heilkunde zu Königsberg; Internationale Centralblatt, für laryngol.*, etc., 1886).

L'orateur ne reconnaît pas la relation entre les maladies du nez et d'autres affections, mais il fait certaines réserves, il classe ainsi les faits :

1° Toux convulsive — guérie par une cautérisation à la nuque.

2° Névralgie du trijumeau dans ses filets faciaux avec gonflement des cornets.

Une injection de morphine *loco dolenti* calme la douleur et fait disparaître le gonflement.

3° La névralgie sus-orbitaire avec gonflement des cornets.

Une cautérisation à la nuque fait tout cesser.

4° La névralgie occipitale avec écoulement nasal séreux et violents éternuements.

Amélioration par la quinine.

5° Épilepsie quotidienne sans lésion nasale.

La cautérisation du cornet inférieur amena une semaine de calme.



6° L'état hystérique fut amendé par des cautérisations sur les cornets, quoique sains.

P. T.

**Coryza aigu**, par ROBINSON, de Chicago (*Journal of the American medical Association*, 25 juillet 1885).

Il rapporte un certain nombre de cas de coryza aigü simple, qu'il a traités par la solution hydrochlorée de cocaïne avec succès.

P. T.

**Note sur les végétations adénoïdes du pharynx**, par MERMOD (*Revue de la Suisse romande; Centralblatt für laryngolog.*, 1886).

Dans ce travail, l'auteur attache une grande importance au diagnostic par l'exploration digitale directe, la seule souvent applicable chez l'enfant où la rhinoscopie postérieure est absolument impossible.

P. T.

**De l'épistaxis**, par KIESSELBACH, d'Erlanger (*Wiener medical zeitung*, n° 44, 1885; *Centralblatt für laryngolog.*, 1886).

Il est aisé de comprendre, et c'est là un point capital, qu'on ne saurait obtenir l'arrêt durable de l'hémorrhagie, qu'en comprimant le point de la muqueuse qui lui donne naissance. — Or, d'ordinaire, ce point siège sur la cloison cartilagineuse à la partie inférieure de son extrémité antérieure. En effet, les capillaires dilatés et le tissu caverneux sont la source de l'hémorrhagie, et cette dernière est précisément favorisée par l'état de la muqueuse de la cloison en cet endroit, tendue et peu extensible.

P. T.

**Die trigeminus Neurosen (Névrose du Trijumeau)**, par SCHADEWALDT, de Berlin (*Deutsche med. Wochenschrift; in Internationales, Centralblatt für laryngol.*, etc, 1886).

L'auteur admet que ce qu'on a nommé toux du trijumeau (Trigeminus Husten) n'est qu'une modification fonctionnelle des réflexes nasaux normaux. D'après lui, c'est à tort qu'on a localisé au pharynx les névroses de la sensibilité du trijumeau. La réaction physiologique de la pituitaire, après

l'irritation, se fait dans l'ordre suivant : gonflement, sécrétion, éternument. Dans les états pathologiques, le gonflement seul se montre souvent, à l'exclusion des deux autres symptômes, et c'est souvent tout ce qui s'observe à l'état chronique : au lieu de l'éternument, on a la toux, toux spéciale, la toux du trijumeau. Maintes fois il en résulte des troubles vocaux, que l'on rattache à tort au spasme glottique ou encore à l'aphonie hystérique. L'asthme serait de même un chapitre de l'histoire pathologique du trijumeau.

P. T.

**Hay fever**, par Bosworth (*New York med. journ.*, 24 avril et 15 mai 1886).

Dans un long article qui n'occupe pas moins de quinze colonnes de journal, M. le Dr Bosworth reprend la question si controversée et toujours si incertaine de l'étiologie de la fièvre des foin, affection relativement peu commune chez nous, mais très fréquente en Amérique et en Angleterre.

Après avoir rappelé que le premier travail sur ce sujet remonte à une communication faite à la Société médico-chirurgicale de Londres, en 1819, par le Dr Bostock, l'auteur passe successivement en revue les différents noms qui ont marqué une étape dans l'histoire de cette affection.

Le Dr Elioston lui donne le nom de *HAY FEVER* et l'attribue aux émanations du foin.

Le Dr Marsh, de New-Jersey, s'attache à démontrer l'action spéciale du pollen des fleurs et plus particulièrement d'une fleur.

Le Dr Beard, de New-York, attire l'attention sur une condition nouvelle, un état particulier du système nerveux.

Enfin, en 1881, le Dr Daly, de Pittsburg, fait intervenir un troisième facteur et affirme qu'il n'y a pas de *hay fever* sans une lésion anatomique constante et des troubles physiologiques des cavités nasales.

Chacune de ces trois causes intervient, pour sa part, dans la production de la *fièvre des foin*, et voici, d'après Bosworth, par quel mécanisme :

La muqueuse des cornets présente, dans son épaisseur,

des artères hélicines nombreuses et volumineuses, capables d'amener à la muqueuse une grande quantité de sang.

Il faut aussi remarquer que la muqueuse nasale a pour fonction de fournir à l'air inspiratoire la quantité de vapeur d'eau qui lui est nécessaire, les bronches et les poumons n'en fournissant qu'une quantité minime (!).

Les vaisseaux sanguins qui cheminent dans la muqueuse sont les voies par lesquelles cette grande quantité d'eau nécessaire arrive à la muqueuse et l'afflux sanguin, qui est, par conséquent, en rapport direct avec la sécheresse de l'atmosphère, est réglé par le système nerveux, c'est-à-dire par les nerfs vaso-moteurs.

Ceci étant posé, voici ce qui se passe : des grains de pollen viennent, chez un sujet névropathe, irriter la muqueuse déjà malade ; celle-ci entre en turgescence, ses vaisseaux se dilatent et l'afflux sanguin devient énorme ; mais en même temps le calibre des cavités nasales est rétréci et le courant d'air diminué ne vient pas enlever à la muqueuse l'énorme quantité d'eau qui transsude à sa surface.

Dès lors l'attaque de *hay fever* est constituée de toutes pièces avec les éternuments, l'obstruction du nez et l'écoulement d'un liquide très abondant.

A vrai dire, ce sont là tous les symptômes du coryza aigu à la période fluente ; mais le *hay fever* se distingue nettement du coryza parce qu'il ne passe pas par les trois périodes successives de sécheresse, puis d'écoulement muqueux et enfin muco-purulent.

La fièvre des foins s'accompagne souvent de véritables attaques d'asthme, qui ont tous les caractères de l'asthme dit spasmodique.

Ces attaques reconnaissent un mécanisme analogue à celui du *hay fever*, c'est-à-dire aux dilatations des vaisseaux de l'arbre bronchique.

H. C.

**Traitement opératoire des tumeurs de la cavité nasopharyngienne par l'électrolyse, par VOLTOLINI (59<sup>e</sup> réunion des naturalistes allemands, session de Berlin, 1886).**  
L'auteur se sert d'aiguilles recourbées en forme de pinces

pour éviter de porter trop profondément l'action du courant, et grâce à cette précaution il a pu obtenir des succès dans ces cas.

A. G.

**Trois cas d'empyème du sinus frontal**, par LYDER BORTHEM, de Trondhjem (*Medicinsk Revue*, mars 1886; in *Revue internationale des sciences médicales*, oct. 1886).

Ces observations sont remarquables, surtout la troisième, par la coïncidence de troubles oculaires. La première et la deuxième se ressemblent assez. Les sujets étaient deux femmes de 56 et de 50 ans. Au début de l'affection se montrèrent de la céphalalgie et du coryza; puis, à l'angle interne de l'œil, apparut une tumeur; l'œil regarde en dehors et en bas, il existe de l'exophtalmie. La pupille droite est plus basse que la gauche. Du front s'étend entre le sac lacrymal et le bulbe de l'œil une tumeur peu saillante, allongée, de 3 centimètres de long, pénétrant dans l'orbite; la peau est normale, la consistance est dure et fluctuante, la pression est douloureuse au-dessus du sourcil; pas de trouble cérébral; on sent au frontal une ouverture rectangulaire. Les mouvements d'élévation et de convergence de l'œil sont gênés. Vertige quand l'œil sain est fermé. Après la ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz, on fit une incision qui donna issue à 4 à 5 cuillerées de pus épais, jaune. Lavage avec une solution salicylée; drainage. L'œil reprend sa position. La guérison de ces deux cas eut lieu en deux semaines. Dans le troisième cas, chez une femme de 33 ans, il y eut de la choroïdite et une tumeur de l'orbite gauche, avec exophtalmie; l'œil gauche est plus bas que le droit. Au début de la déviation du globe, il y eut de la diplopie. En même temps, céphalalgie et douleurs de nuque, insomnie et nausées. Le coryza fut très tardif. On incise la peau et on sectionne le tendon de l'oblique supérieur; le kyste contenait 4 à 5 cuillerées à soupe de matière jaunâtre, visqueuse; drainage, pansements boriqués; après la guérison, la diplopie subsista.

A. G.

**Un cas de rhinolithe avec remarques, par CRESWELL  
BABER (*Brit. med. journ.*, 17 octobre 1885).**

Le malade souffrait depuis trois mois d'un écoulement nasal épais, teinté de sang parfois, et souvent fétide, sans troubles auditifs, ni phénomènes réflexes, ni douleurs. A la rhinoscopie antérieure on constate, après lavage, entre le cornet inférieur et la cloison, l'existence d'un corps noir, très dur et un peu mobile, très irrégulier à la surface, que des tentatives d'abstraction ne peuvent éliminer. Le malade réussit quelques jours après à retirer lui-même ce corps étranger, qui pesait un demi-gramme, était irrégulier à la surface; à l'analyse chimique, on trouva 35 0/0 de matières organiques; le reste était composé de substance inorganique dans laquelle entrain du fer sous forme de carbonate, du carbonate et phosphate de chaux, du phosphate de magnésie et d'ammoniaque.

A. G.

**La toux du trijumeau, par WILLE (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 16, 1885).**

Toux fatigante, fréquente, diurne et nocturne, se produisant surtout dans le passage d'un milieu à un autre, des températures différentes et sous l'influence de certaines odeurs assez prononcées, celle de la cuisine, par exemple. Les malades ont du coryza sans éternuer, mais l'exploration des fosses nasales suffit pour provoquer la toux quinteuse et des accès, auxquelles Schadowald a donné le nom de toux du trijumeau. Ces accès, d'une violence extrême, dépriment les malades pendant un temps assez long; ils ressemblent aussi à ceux de la coqueluche ou de l'asthme vrai. Cette névrose n'accompagne pas forcément les lésions des fosses nasales, comme le pensaient Hack et Sommerbrodt; ces lésions peuvent ne pas provoquer dans nombre de cas des accès de ce genre. La toux du trijumeau s'observe à tout âge; elle peut coexister avec la tuberculose pulmonaire. Elle ne vient pas toujours de l'irritabilité du nez, les rameaux auriculaire et pharyngien de la 5<sup>e</sup> paire peuvent lui donner naissance. C'est une maladie rebelle, qu'il faut combattre par l'emploi des douches nasales et de l'iodure de potassium à l'intérieur; quelquefois

il sera utile de pratiquer la faradisation des branches nerveuses nasales.

A. G.

**Tuberculose du voile du palais**, par V. UEHERMANN (*Norsk. mag. f. Læg.*, p. 65; in *Revue Bibliogr. des sciences médicales de Martel*, décembre 1886, p. 437).

Cas de tuberculose primitive sans manifestation tuberculeuse du côté du larynx ou des poumons. Le voile et la luette étaient tuméfiés, rouges, et le siège de trois ulcérations purulentes, allongées et irrégulières; on enlevait facilement des granulations grisâtres, riziformes, au fond de la plaie. Sur la voûte palatine existaient aussi trois granulations grisâtres, à pourtour injecté. Au microscope, on trouve des cellules de pus, des myéloplaxes avec de nombreux bacilles de la tuberculose ainsi qu'une certaine quantité de bacilles en colonies parmi les cellules de pus.

La glycérine phéniquée et iodée et l'iodoforme guérissent complètement ces ulcérations.

A. G.

**Fistule congénitale du cou**, par GUSSENBauer (Société allemande de médecine de Prague, Séance du 6 novembre 1885; in *Gazette hebdomadaire* du 8 janvier 1886).

Ces fistules sont des restes des fentes branchiales. Dans le cas de Gussenbauer, la fistule était située à un centimètre et demi au-dessus de l'entrée du thorax, au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, et doit être considérée comme le vestige de la quatrième fente branchiale. Jusqu'à l'âge de 3 ans, on ne voyait à ce niveau qu'une fossette; bientôt une sécrétion séreuse y apparut et persista quelque temps. L'enfant a 10 ans. En juin dernier la sécrétion reparut, et purulente; un médecin fit des injections de nitrate d'argent inefficaces dans le trajet. Gussenbauer a vu à l'aide d'une sonde que le trajet s'étendait jusqu'au pharynx, mais sans communication; il introduisit dans cette fistule du catgut trempé dans une solution de nitrate d'argent, pour tâcher de fermer la fistule.

A. G.

RAPPORT SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA LARYNGOLOGIE ET DE LA RHINOLOGIE A L'UNIVERSITÉ DE VIENNE,

Par le Dr **GOUGUENHEIM.**

Monsieur le Ministre.

L'Université de Vienne est le berceau de l'enseignement de la laryngologie, et si quelques-uns des savants qui ont eu l'honneur de le créer n'existent plus, tels que Czermack et Türk, cet enseignement n'a pas du moins périéclité entre les mains de leurs élèves et successeurs, nous en avons eu pour témoins irrécusables le nombre des élèves nationaux et étrangers qui suivent ces instructives cliniques.

Je me propose, dans ce court rapport, de mettre sous vos yeux la description et l'appréciation des ressources dont disposent, pour ce but, les maîtres de cet enseignement.

Bien que les professeurs de ces cliniques spéciales appartiennent à l'Université, ce n'est pas dans les murs de cet établissement que se font leurs cours, pas plus du reste que les autres cours de médecine: l'hôpital est le siège exclusif de l'enseignement médical. Ici, point de distinction entre la pathologie et la clinique, les descriptions pathologiques sont inséparables des malades, et les amphithéâtres des divers professeurs servent à la fois aux dissertations théoriques et aux démonstrations cliniques.

L'enseignement de la laryngologie n'est pas confié à des professeurs ordinaires: ce sont des maîtres de second rang, des professeurs extraordinaires, qui sont chargés de ce soin; cette partie de la clinique, de même que l'otologie, n'ont pas semblé motiver jusqu'ici l'institution de grandes chaires, mais l'Université de Vienne, comme les autres universités allemandes, a entouré cet enseignement spécial de garanties scientifiques des plus sérieuses, et les professeurs choisis ne l'ont été qu'après des épreuves difficiles et la publication de travaux estimés. L'enseignement de la spécialité n'a pas toujours été le couronnement de la carrière scientifique de ces professeurs, puisque récemment nous avons pu voir un des plus illustres représentants de la laryngologie allemande, le professeur Gerhardt, de Würzburg, passer de cette ville, comme professeur ordinaire, à l'Université de Berlin.

La laryngologie n'a pas été seulement un moyen d'exploration complémentaire ajouté à la clinique, elle a été aussi un point de

départ pour des études fécondes d'anatomie, de physiologie, de clinique et de thérapeutique ; aussi le champ de la laryngologie s'est-il assez étendu pour avoir suscité, en moins de trente ans, de nombreux travaux et des publications fort estimées, et pour avoir légitimé la fondation de sociétés savantes dans les différents pays, et la formation de sections particulières dans les grandes assises scientifiques, internationales ou autres. Ce n'est pas, du reste, sans un certain éclat qu'ont eu lieu, en cette année 1886, les débats des sections laryngologique et otologique de la 59<sup>e</sup> réunion des médecins et naturalistes allemands. Ces deux sections avaient réuni : l'une 90 membres, et l'autre 61.

L'enseignement laryngologique est donné à Vienne à l'hôpital général (Allgemeinen Krankenhaus), et à la Polyclinique, établissements très rapprochés l'un de l'autre.

L'hôpital général est le grand centre universitaire pour l'enseignement médical de la capitale de l'Autriche. C'est là que sont rassemblées toutes les cliniques médicales, chirurgicales et spéciales, telles que la gynécologie, la pédiatrie, les affections nerveuses, de la peau, celles des yeux, des oreilles, du larynx et du nez, etc. ; et que professent les hommes les plus considérables de la médecine viennoise. Je n'ai pas à faire ici la description de cet immense établissement si universellement connu. Qu'il me suffise de dire que le vaste enseignement qui y est donné se fait pendant toute la matinée, et, autant que possible, à des heures variables, de manière à permettre aux étudiants de fréquenter les différentes cliniques, circonstance qui favorise l'enseignement et permet aux étrangers de passage à Vienne de faire les visites nécessaires sans perdre trop de temps.

L'enseignement laryngologique est fait dans cet établissement par MM. les professeurs extraordinaires Schrötter et Störck et M. le Dr O. Chiari, privat-docent de l'Université. La rhinologie y est enseignée par les mêmes savants et est aussi l'objet du cours des professeurs extraordinaires d'otologie, MM. A. Politzer et J. Gruber. Le professeur Schrötter, médecin du Grand Hôpital, dirige à la fois un service de clinique interne et une clinique spécialement affectée aux affections laryngiennes et nasales. Il est aidé dans ses fonctions par deux assistants, MM. les docteurs Karis et Stössel.

Le service de laryngologie, voisin des salles de la clinique interne, en est pourtant indépendant ; il contient environ une quinzaine de lits destinés à hospitaliser les malades qui subissent une opération sérieuse, nécessitant des soins prolongés,



disposition favorable qui permet au chef de service de suivre ces malades pendant toute la durée de l'état morbide, et faute de laquelle certaines phases importantes échapperaient entièrement à l'observation et à l'enseignement.

La consultation externe, qui a lieu presque tous les matins, est suivie par de nombreux malades du dehors et par ceux à qui leur amélioration permet de quitter les salles. Cette consultation est faite par les assistants, et les cas nouveaux ou difficiles sont soumis à l'examen du professeur. Quand le diagnostic est fait, les malades sont abandonnés à l'examen des élèves de la clinique, qui sont aidés dans leurs explorations par le professeur et les assistants.

Cette consultation et ces examens ont lieu dans une des salles de la clinique, où des tables, supportant un certain nombre de lumières, sont dressées pour cet usage.

Les opérations sont pratiquées dans une autre salle par le chef de service, ou, à son défaut, par les assistants, et généralement les opérations et les démonstrations qui les précèdent servent de thème à une leçon clinique, de durée très variable, où le professeur expose successivement le cas pathologique, la technique opératoire, et fait suivre la leçon de la présentation de pièces anatomiques et de préparations histologiques.

Quant aux pansements journaliers que peuvent nécessiter les affections laryngiennes, ils sont, à moins de difficultés spéciales, pratiqués par les élèves sous la direction du professeur et des assistants.

Le service du professeur Schrötter réunit donc au point de vue de l'enseignement et des soins hospitaliers toutes les facilités désirables; hautement apprécié par les élèves et les malades, il jouit, on peut le dire, d'une grande prospérité. Il n'est pourtant pas installé d'une façon bien fastueuse: la salle de consultation se confond avec celle des malades, les leçons des élèves n'ont pas lieu dans un autre local et le cours du professeur se fait dans les mêmes conditions. Il n'y a pas de salle spéciale pour l'anatomie pathologique, les pièces nécessaires sont préparées dans le cabinet du professeur, qui n'est ni spacieux, ni bien commode, et dont les armoires servent de dépôt aux pièces anatomiques et aux préparations histologiques. En un mot l'hôpital général de Vienne, si précieux pour l'enseignement, malgré son aménagement défectueux, est un vieil édifice dans lequel on n'a pu donner place à ces dispositions si commodes, adoptées par les architectes allemands dans l'édifi-

cation des cliniques de Berlin et de Strasbourg. Il manque de tout confortable et rappelle assez bien les déficiences dans lesquelles s'est fait, pendant longtemps, l'enseignement clinique à Paris. Malgré cela, les cours dirigés par des professeurs éminents ont un grand succès, et sont suivis par de nombreux élèves tant nationaux qu'étrangers.

Les élèves de la clinique du professeur Schrötter sont au nombre de 20 à 25 seulement. Ces élèves sont inscrits pour une durée de six semaines et payent un droit peu élevé, 15 à 20 florins, environ 35 à 40 francs. Ces élèves se renouvellent assez souvent, et, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par le professeur, environ 200 élèves viennent annuellement s'instruire à sa clinique. Ces étudiants ne sont pas tous des Allemands ou des Autrichiens; des étrangers des pays voisins se rendent à Vienne pour acquérir ces connaissances, des étudiants de pays bien plus éloignés, et plutôt encore, de jeunes médecins viennent se familiariser avec la laryngoscopie à l'Université. L'Amérique du Nord y est très nombreusement représentée et il est permis de dire, à ce sujet, que la prospérité de la spécialité laryngologique et otologique aux États-Unis a son origine dans l'enseignement de l'Université de Vienne, enseignement clinique facilité par la fréquentation de nombreux malades et aussi par la modicité des prix perçus par le professeur. Les professeurs extraordinaires qui dirigent cet enseignement ne sont pas payés par l'Université comme le sont les professeurs ordinaires; les élèves seuls payent cet enseignement, et l'Université n'en est pas moins intéressée pour cela au succès de ces cliniques, car elle retient pour son compte le quart des sommes versées par les étudiants.

Le professeur Störck, plus ancien que le professeur Schrötter à l'hôpital général et à l'Université, ne dirige pas un service de médecine comme son collègue. Les titres universitaires de ces deux savants médecins sont égaux, ils sont l'un et l'autre professeurs extraordinaires. Le professeur Störck est à la tête de ce que l'on appelle à Vienne une ambulance, ce qui chez nous veut dire une consultation externe. Il n'a donc point une salle de malades hospitalisés comme son collègue le professeur Schrötter.

La consultation externe est faite tous les jours, sauf le samedi, par le professeur Störck dans une vaste salle de l'hôpital général, et elle est très fréquentée, ce savant médecin jouissant à Vienne d'une réputation très grande, très ancienne et très méri-

tée. Il a auprès de lui un médecin assistant. Les élèves qui suivent les cours du professeur Störck sont à peu près aussi nombreux que ceux de la clinique Schrötter; il faut dire, du reste, que les médecins et étudiants fréquentent assez volontiers les deux cours, ce qui leur permet de compléter l'instruction qui leur est donnée dans une clinique par celle qu'ils puisent dans une autre. Chaque chef de service a des préférences thérapeutiques ou use de modes opératoires différents, ce qui permet aux élèves de se familiariser chez l'un avec des méthodes d'examen ou d'opération qu'il ne rencontre pas chez le voisin, et réciproquement.

Comme son collègue, le professeur Schrötter, M. Störck fait pratiquer aux élèves de sa clinique les examens, les pansements et même de petites opérations; généralement à la fin de la consultation une leçon clinique est faite dans la même salle sur un des sujets qui peuvent se présenter.

L'enseignement laryngologique est encore fait à l'hôpital général de Vienne par un médecin plus jeune que les précédents, ayant le titre de docent de l'Université, le docteur Chiari, ancien assistant du professeur Schrötter. Le docteur Chiari est déjà connu dans le monde savant par des travaux très estimés; son enseignement est fait à l'hôpital général dans des conditions beaucoup moins favorables que les précédents, ce qui ne l'empêche pas d'être très suivi. Les consultations et la clinique de ce médecin se font à l'amphithéâtre du professeur Nothnagel.

Ainsi à l'hôpital général, un enseignement aussi restreint que celui de la laryngologie et de la rhinologie est fait concurremment par trois professeurs très appréciés, très suivis par les élèves et avec une grande commodité, puisque l'heure des cours n'est pas la même, le professeur Schrötter faisant sa consultation de 10 à 11 heures, le professeur Störck de 11 heures à midi, et le Dr Chiari de midi à 1 heure. Et cet enseignement clinique, je l'ai déjà dit, fait avec des moyens d'installation bien médiocres, réussit fort bien et attire des élèves assez nombreux.

Ce n'est pas tout encore. Près du grand hôpital, à dix minutes de distance, tout au plus, se trouve un édifice que l'on nomme la Polyclinique. Cet établissement renferme, dans un espace assez restreint, les cliniques les plus variées. En effet la médecine, la chirurgie, les maladies des femmes, des enfants, génito-urinaires, cutanées, oculaires, celles de la peau, de l'oreille, du larynx et du nez sont traitées dans cette maison; le traitement externe est, il est vrai, presque seul employé; pourtant l'établissement con-

tient quelques lits pour les cas urgents. La Polyclinique est très prospère et ses ressources sont déjà assez grandes pour qu'elle compte s'agrandir assez, de façon à pouvoir hospitaliser un nombre de malades plus considérable. C'est un établissement privé, qui a été fondé par un certain nombre de médecins; le corps médical qui est à la tête des différents services de la Polyclinique est recruté dans l'Université, et il ne compte que des professeurs et des docents. Quelques-uns de ces maîtres enseignent aussi à l'hôpital général. Le directeur de la Polyclinique est le professeur Schnitzler, qui est chargé de la clinique des maladies du larynx et du nez. M. Schnitzler est professeur extraordinaire de l'Université de Vienne et son enseignement est celui qui doit nous occuper actuellement. Sa clinique, suivie par une vingtaine d'élèves, est fréquentée par de nombreux malades examinés et pansés sous les yeux du professeur et des assistants. Le professeur Schnitzler fait ses leçons dans la salle de consultations, dont les murs sont garnis de nombreux dessins et aquarelles qui facilitent cet enseignement. La durée du cours est de six semaines pour chaque série d'élèves, comme à l'hôpital général, et les élèves payent au professeur un droit égal à celui qui est payé à l'hôpital général. Des élèves étrangers, surtout des Américains, forment une grande partie de la clientèle scolaire du professeur Schnitzler. Cette clinique a lieu de 8 heures et demie à 10 heures du matin. L'enseignement clinique de la laryngologie à Vienne est donc, comme on le voit, merveilleusement disposé dans l'intérêt des étudiants, puisqu'il se trouve échelonné de 9 heures du matin à 1 heure de l'après-midi, permettant de la sorte de visiter dans la même journée quatre cliniques différentes.

Malheureusement, à Vienne comme à Paris, un côté extrêmement important de la pathologie laryngienne échappe, pour la plus grande partie, aux cliniques spéciales; je veux parler des diphthéritiques. Ces nombreux malades se trouvent, surtout en raison de leur âge, confiés aux soins des médecins de l'enfance. Je n'ai vu, dans mes visites à l'étranger, qu'un établissement véritablement complet à ce point de vue. C'est à Londres que j'ai eu la satisfaction de visiter cet établissement dû à l'initiative privée et dirigé par le Dr Lennox Browne. Ce petit hôpital, très suivi, renferme non seulement une excellente installation pour la consultation externe, mais encore des salles de traitement interne où sont reçus des adultes et des enfants. L'isolement des diphthéritiques adultes et enfants a été remarquablement installé, et on peut dire sans exagération que cet établissement est un véritable modèle.

La rhinologie est enseignée à Vienne à la fois par les professeurs de rhinologie et d'otologie. Cette partie de l'enseignement spécial est faite, à Vienne, avec une compétence particulière par M. le Dr O. Chiari dont j'ai eu l'occasion de parler un peu plus haut. A l'hôpital général MM. les professeurs extraordinaires A. Politzer et J. Gruber associent la clinique des maladies du nez à celle des oreilles, mais la partie otologique est très prépondérante dans leur enseignement.

C'est à Vienne qu'ont été faits les travaux les plus remarquables sur l'anatomie de la muqueuse des fosses nasales, travaux qui ont été le point de départ de nouvelles descriptions cliniques. Ces travaux d'anatomie et d'histologie sont du professeur Zuckerkandl, qui a quitté, il y a quelque temps, l'Université de Vienne pour celle de Gratz. Ces travaux font autorité dans tout le monde savant et les préliminaires anatomiques de tous les traités des maladies des fosses nasales ne sont autres que la reproduction des recherches de Zuckerkandl.

Tel est cet enseignement laryngologique et rhinologique de l'Université de Vienne, qui a été le point de départ des travaux sur la matière des médecins de tous les pays. Les savants qui sont à la tête de cet enseignement sont ou contemporains ou très rapprochés de l'époque de l'invention du laryngoscope. Depuis 20 à 25 ans ils dirigent leurs cliniques avec le même zèle et le même succès. Les nombreux élèves ou médecins qui suivent leurs cours témoignent suffisamment de leur valeur qui n'a pas dégénéré. Aussi le nombre des médecins compétents en spécialité laryngologique est-il élevé en Allemagne surtout, ainsi qu'en d'autres pays, l'Amérique du Nord par exemple, où la laryngologie, la rhinologie et l'otologie ont pris depuis quelques années un essor vraiment surprenant. La jeunesse française, plus lente à suivre le mouvement, ne semble guère s'y être associée que depuis quelques années. Le nombre de nos compatriotes élèves de l'école de Vienne est du reste assez restreint.

Est-ce à dire que la France n'est pas un terrain fertile pour cette partie de la spécialité médicale? En aucune façon, et le nombre des spécialistes distingués qui exercent non seulement à Paris, mais aussi dans quelques grandes villes de province, prouve suffisamment le contraire. Mais si le nombre des praticiens a augmenté, l'enseignement n'a pas suivi ce mouvement; au point de vue officiel il n'existe pas comme à Vienne et dans beaucoup d'autres universités étrangères d'Europe et d'Amérique. Pendant longtemps, en France, il n'a été fait que dans

des cliniques de la ville, plus ou moins fréquentées, dépourvues de tout moyen d'hospitalisation et, par conséquent, de toute possibilité d'appuyer les hypothèses et l'observation sur les recherches d'anatomie pathologique. Cet enseignement restreint, mal organisé pour l'enseignement, ne pouvait rivaliser avec les cliniques de Vienne, établies dès l'origine de la laryngoscopie par l'Université, introduites aussitôt dans le Grand Hôpital et dirigées immédiatement par des membres de l'Université.

Il n'eût pourtant pas été impossible d'établir une organisation de ce genre, qui avait déjà été tentée par un de nos collègues des hôpitaux de Paris, le Dr Isambert, qui dans une clinique de la Faculté, au bureau central des hôpitaux et plus tard à l'hôpital Lariboisière, essaya de fonder un enseignement clinique complet. Mais une mort prématurée anéantit toute cette organisation. Le service fut maintenu par l'administration des hôpitaux, mais le médecin qui dirige actuellement ce service, l'éminent professeur Proust, n'a pas donné dans ses travaux la prépondérance aux études laryngologiques, jusqu'ici du moins.

La clinique spéciale de l'hôpital Bichat annexée au service de médecine, quoique très active et très fréquentée par une assez nombreuse clientèle, est bien éloignée du centre scolaire pour pouvoir attirer de nombreux étudiants en médecine.

Il est vrai que quelques professeurs de clinique ont essayé de donner une place à cet enseignement spécial en conviant, à ce sujet, plusieurs confrères. Le distingué docteur Moura-Bourouilhou avait rempli ces fonctions jadis à l'Hôtel-Dieu auprès du professeur Béhier, et il avait pu rassembler une collection d'anatomie pathologique assez nombreuse.

Mais toutes ces tentatives n'ont pas créé à Paris un grand enseignement véritablement national. Tous les pays étrangers nous ont devancés dans la fondation de cet enseignement. En dehors de l'Autriche dont nous venons de parler, des cliniques ont été établies par les universités des divers pays, Allemagne, Angleterre, Italie, Belgique et Russie, sans parler des États-Unis d'Amérique où la spécialité, je l'ai déjà dit, s'est affirmée avec un succès et une vitalité vraiment remarquables. La France, jusqu'ici, semble faire une exception heureusement comblée, il est vrai, par les encouragements de l'administration des hôpitaux de Paris, toujours très libérale dans les questions d'enseignement, et par les efforts de l'enseignement libre, qui s'est beaucoup multiplié dans ces dernières années.

Au moment de terminer ce rapport, qu'il me soit permis,

monsieur le Ministre, de vous exprimer toute ma gratitude pour l'honneur que vous avez bien voulu me faire en me chargeant de cette mission. J'adresse tous mes remerciements à MM. les Professeurs de laryngologie et d'otologie de l'Université de Vienne, dont la courtoisie m'a permis de remplir ma tâche avec la plus grande facilité. Je suis heureux aussi de remercier M. le Directeur de l'Hôpital général de l'empressement avec lequel il s'est mis à ma disposition, et enfin M. le Secrétaire d'ambassade Le Marchand, dont les recommandations m'ont été de la plus grande utilité.

---

## NOUVELLES.

Nous recevons la note suivante, que nous accueillons avec la plus vive sympathie.

« Un comité composé de MM. Urban Pritchard, de Londres ; A. Joly, de Lyon ; E. Morpurgo, de Trieste ; V. Grazi, de Florence ; E. Pins, de Vienne ; F. Röhrer, de Zurich ; A. Köhlman, de Saint-Petersbourg, a entrepris de célébrer le jubilé du professeur A. Politzer, arrivé depuis l'automne dernier à sa 25<sup>e</sup> année d'enseignement. Ce comité a résolu de faire faire le portrait du célèbre auriste par une soumité de la peinture, et d'offrir solennellement ce portrait au savant professeur, lors de la prochaine réunion des otologistes, qui aura lieu, à Paques prochain, à Vienne ; ce portrait sera ensuite placé dans la salle de sa clinique. Le comité remettra en même temps au professeur Politzer la liste des souscripteurs, à titre de souvenir. Le comité se propose enfin d'offrir à chaque souscripteur un exemplaire de ce portrait, reproduit au moyen de l'héliogravure, comme souvenir de leur participation à cet anniversaire jubilaire. Le prix de cette souscription a été fixé à 10 FRANCS, que l'on est prié de verser avant la fin de mars à l'un des membres du comité. »

---

Les *Annales* se chargent de recevoir les souscriptions qui leur seront envoyées et de les transmettre à M. le Dr A. Joly, de Lyon, membre français du comité. Les noms de ces souscripteurs seront publiés dans le numéro d'avril.

Le Dr Gouguenheim, rédacteur en chef des *Annales*, s'inscrit pour 50 francs.

---

**PHÉNOL BOBŒUF** (*Priz Montyon*) anti-épidémique, antiseptique, seul désinfectant hygiénique. Phénol Bobœuf parfumé pour la toilette. Dentifrice au phénol Bobœuf. Hygiène de la bouche et conservation des dents. Savon au phénol Bobœuf, 7, rue Coq-Héron.

**RAKOCZY**, la meilleure des eaux purgatives de Buda (Hongrie), contient par litre, analyse officielle : magnésie 25 gr, 341, soude 21,196, lithine 2,07. *Elle purge à très petite dose.*

Spécialité des formules de l'hôpital du Midi. Bol d'opiat radical **RONDET**, aux baumes tonifiantants. Guérison complète de tout écoulement chronique.

**DRAGÈS TROSSEILLE**, pectorales, balsamiques et sédatives, contre toux, grippe, enrrouement, laryngite, bronchite et catarrhe.

**VIN DE CHASSAING**. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

**BROMURE DE POTASSIUM** granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

**PROSPHATINE FALIÈRES**. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 25 centigrammes de phosphate.

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Die chirurgische Behandlung des Kropfes. Le traitement chirurgical du goître, par **A. WÖLFLE** (chez A. Hirschwald, Berlin).

Catalogue des instruments de chirurgie et d'orthopédie de **HERMANN HAERTED**, de Breslau, avec 4,000 figures (chez le fabricant, Weidenstrasse, 33 ; broché, 4 marks cartonné, 5 marks).

Catalogue des ouvrages de la librairie médicale de **Wilh. Braumuller und Sohn** (Vienne, Autriche, am Graben em Sparcassa-Gebande). Toux et autres phénomènes réflexes de cause auriculaire, par **V. GRAZZI** (Florence, typ. coop., via Monalda).

Parosmie, ses causes et son traitement, par **V. GRAZZI** (Florence, typ. coop., via Monalda).

Excision partielle du larynx pour un cas d'épithélioma intra-laryngien, par **LENNOX BROWNE** (Extr. du *Brit. med. journ.*, 5 fév. 1887).

Un cas clinique de vraie symptomatologie de Ménière par suite d'une otite moyenne, par **FRANCESCO FELICI** (Extr. de *Bollett. dell' Orecchio*, n° 1, 1887).

*Le Gérant : G. MASSON.*



